### ЧЕК ОБ ОПЛАТЕ

### **1. Реквизиты клиники**

### Название медицинской клиники: {{ CLINIC\_NAME }}

### Адрес: {{ CLINIC\_ADDRESS }}

### Контактный телефон: {{ CLINIC\_PHONE }}

### **2. Информация о чеке**

### Номер чека: {{ CHECK\_NUMBER }}

### Дата и время оплаты: {{ PAYMENT\_DATE }} {{ PAYMENT\_TIME }}

### **3. Информация о пациенте**

### ФИО пациента: {{ PATIENT\_FULLNAME }}

### ID пациента: {{ PATIENT\_ID }}

### **4. Информация об услугах**

### Наименование услуги: {{ SERVICE\_NAME }}

Код услуги: {{ SERVICE\_CODE }}

### Стоимость услуги: {{ SERVICE\_COST }}

### **5. Информация об оплате**

### ФИО сотрудника, принявшего оплату: {{ EMPLOYEE\_NAME }}

### **6. Подпись**

|  |  |
| --- | --- |
| **Клиника**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |